

Emergencies in Anaesthesia, Third Edition  
Edited by Keith Allman, Andrew McIndoe, and Iain H. Wilson

Emergencies in Children's and Young People's Nursing  
Edited by E.A. Glasper, Gill McEwing, and Jim Richardson

Emergencies in Critical Care, Second Edition  
Edited by Martin Beed, Richard Sherman, and Ravi Mahajan

Emergencies in Gastroenterology and Hepatology  
Marcus Harbord and Daniel Marks

Emergencies in Obstetrics and Gynaecology, Second Edition  
Edited by Stergios K. Doumouchtsis and S. Arulkumaran

Emergencies in Paediatrics and Neonatology, Second Edition  
Edited by Stuart Crisp and Jo Rainbow

Emergencies in Palliative and Supportive Care  
Edited by David Currow and Katherine Clark

Emergencies in Respiratory Medicine  
Edited by Robert Parker, Catherine Thomas, and Lesley Bennett

Emergencies in Sports Medicine  
Edited by Julian Redhead and Jonathan Gordon

# Urgențe în Obstetrică și Ginecologie

EDIȚIA A DOUA

EDITORI

## **Stergios K. Doumouchtsis,**

MPH, MSc, PhD, MRCOG

Consultant Obstetrician, Ginecologist și Uroginecologist  
Lector Senior de Onoare, Spitalele Universitare „St George's”  
din cadrul Fundației Trustului NHS, Londra, Marea Britanie  
Profesor temporar, Universitatea din Atena, Grecia

## **Profesor Sir S. Arulkumaran,**

MD, PhD, FRCOG

Profesor Emerit în Obstetrică și Ginecologie  
Spitalele Universitare „St George's” din cadrul Fundației  
Trustului NHS, Londra, Marea Britanie  
Profesor temporar, Colegiul Imperial, Londra, Marea Britanie

EDITORII VERSIUNII ÎN LIMBA ROMÂNĂ

### **Elvira Brătilă**

Profesor universitar, Medic primar obstetrică-ginecologie,  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București  
Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu” București

### **Monica Mihaela Cîrstoiu**

Profesor universitar, Medic primar obstetrică-ginecologie  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București  
Spitalul Universitar de Urgență București

### **Mihai Mitran**

Șef de lucrări, Medic primar obstetrică-ginecologie, Universitatea  
de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Clinic de  
Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu” București

## Cuprins

Contributorii primei ediții	<i>xi</i>
Contributorii ediției secunde	<i>xiii</i>
Simboluri și abrevieri	<i>xvii</i>

### Partea 1 **Obstetrică**

1 Modificările de sarcină și complicații în sarcina incipientă	3
2 Urgențe medicale în sarcină	21
3 Complicații obstetricale	63
4 Importanța supravegherii fetale	97
5 Manevre intrapartum și complicații	113
6 Manevre post-partum și complicații	155
7 Sepsisul în sarcină	179
8 Complicații asociate cu nevoile psiho-sociale complexe	187
9 Alte subiecte în obstetrică	197

### Partea a 2-a **Ginecologie**

10 Menstruații anormale și sângerări	229
11 Durerea abdominală cronică și acută	241
12 Urgențe intraoperatorii	249
13 Complicații postoperatorii	255
14 Sindromul de hiperstimulare ovariană	273
15 Contracepția și metodele de întrerupere a sarcinii	277
16 Leucoreea patologică	285
17 Patologia vulvară	291

297	18 Alte probleme în ginecologie
315	19 Laparoscopia diagnostică și urgențele postoperatorii
323	20 Probleme generale în obstetrică și ginecologie

Index 341

## Au contribuit la prima ediție

### **Rukma Bhattacharya,**

Specialist Registrar,  
Torbay Hospital, Torquay, UK

### **Tom Bourne,**

Consultant Gynaecologist, Early  
Pregnancy Unit, St George's  
Hospital, London, UK

### **James Clarke,**

Consultant Anaesthetist, St  
George's Hospital, London, UK

### **George Condous,**

Clinical Fellow, Early Pregnancy  
Unit, St George's Hospital,  
London, UK

### **Kate Farrer,**

Consultant Neonatologist, St  
George's Hospital, London, UK

### **Michelle Fynes,**

Consultant Urogynaecologist, St  
George's Hospital, London, UK

### **Sarah Harper,**

Specialist Registrar, Nottingham  
City Hospital, Nottingham, UK

### **Emma Kirk,**

Clinical Fellow, Early Pregnancy  
Unit, St George's Hospital,  
London, UK

### **Krishna Kumar,**

Clinical Fellow in Maternal  
Medicine, Espom and St Helier  
University Hospitals NHS Trust,  
Surrey, UK

### **Sandeep Mane,**

Consultant Obstetrician and  
Gynaecologist, Convenor of Basic  
Surgical Skills Course, RCOG,  
London, UK

### **Avidha Nejad,**

SpR in Obstetrics & Gynaecology,  
Espom and St Helier University  
Hospitals NHS Trust, Surrey, UK

### **Nicholas Ngeh,**

Specialist Registrar, Fetal Medicine  
Unit, St George's Hospital,  
London, UK

### **Penny Oakley,**

Honorary Senior Lecturer in Family  
Planning, St George's, University of  
London, UK

### **Malini Prasad,**

Specialist Registrar in Obstetrics  
and Gynaecology, Norfolk &  
Norwich University Hospital,  
Norwich, UK

### **Jyothi Shenoy,**

Specialist Registrar in Obstetrics  
and Gynaecology, The Queen  
Elizabeth Hospital, King's Lynn, UK

### **Abdul H. Sultan,**

Consultant Obstetrician and  
Gynaecologist, Honorary Senior  
Lecturer, Mayday University  
Hospital, Croydon, UK

⊖:—Urgență reală. Reținerea acestor afecțiuni poate ajuta în momentul în care pacienta este la camera de gardă, fără a fi nevoit să revii asupra noțiunilor! Cheamă ajutor imediat. Încearcă să rămâi calm și efectuează rapid evaluarea ABC. Odată ce problema imediată a fost rezolvată, adu-ți aminte să reevaluezi cazul – unele comorbidități ar putea fi uitate sau neidentificate inițial în agitația momentului.

⊖:—Acești pacienți necesită o evaluare imediată, fără a lăsa însă totul și a fugi (atât timp cât evaluarea ABC arată că sunt stabili). Acești pacienți pot deveni însă rapid instabili. Ia în considerare chemarea unui medic primar pentru ajutor/sfaturi.

①—Majoritatea pacienților va face parte din această categorie sau din ultima. Cu toate că starea lor nu necesită intervenție imediată, asigură-te că îi evaluezi complet – unele afecțiuni se pot agrava dacă nu sunt tratate corespunzător. Gândește-te bine la complicațiile potențiale, cum ar fi blocul atrio-ventricular asociat cu infarct miocardic inferior sau tamponada cardiacă cu revărsatul pericardic. Cheamă ajutor de specialitate, în caz de necesitate.

②—Din această categorie fac parte afecțiuni ce nu reprezintă o urgență. Majoritatea acestor pacienți, de cele mai multe ori, chiar nu ar fi necesitat prezentare la camera de gardă.

## Partea 1

# Obstetrică

- 1 Modificări de sarcină și complicații în sarcina incipientă 3
- 2 Urgențe medicale în sarcină 21
- 3 Complicații obstetricale 63
- 4 Importanța supravegherii fetale 97
- 5 Manevre intrapartum și complicații 113
- 6 Manevre post-partum și complicații 155
- 7 Sepsisul în sarcină 179
- 8 Complicații asociate cu nevoi psihosociale complexe 187
- 9 Alte subiecte în obstetrică 197

## **Semnele de sarcină și complicațiile sarcinii incipiente**

### **Autori**

S. Arulkumar, Edwin Chandraran,  
Christina Coroyannakis, Kevin Hayes și Emma Kirk

### **Traducere și adaptare**

Bogdan Botezatu, Elvira Brătilă

### **Cuprins**

Modificări fiziologice în sarcină 4  
Durere/sângerare în sarcina incipientă 7  
Boala trofoblastică 14  
Disgravidia emetizantă 16

## ❓ Modificări fiziologice în sarcină

Sarcina se caracterizează printr-o multitudine de modificări fiziologice produse într-o perioadă de timp scurtă. Aceste modificări sunt mediate endocrinologic (progesteron, estrogen, catecolamine, cortizol, hormon lactogen placentar), paracrin (prostaglandine și citokine) și de către efectele fizice produse de unitatea utero-placentară. Toate acestea sunt bine tolerate de majoritatea femeilor.

Înțelegerea acestor modificări normale poate fi de folos în următoarele situații:

- Diferențierea normalului față de minoritatea femeilor care experimentează modificări patologice
- Explicarea apariției anumitor stări fizio-patologice frecvent întâlnite, cum ar fi diabetul gestațional și preeclampsia
- Explică decompensarea anumitor patologii preexistente sarcinii, ex. insuficiența cardiacă, insuficiența renală
- Explică multitudinea de simptome ce apar în sarcina normală
- Explică modificările homeostaziei, a valorilor de laborator precum și interpretarea acestora
- Explică diferite răspunsuri somatice în cazul unor urgențe obstetricale, și de ce farmacodinamica terapiei medicamentoase poate fi modificată.

### Modificări cardiovasculare

- Debitul cardiac crește cu 40-50% (1.500-2.000 mL/min) până în săptămâna a 10-a de sarcină datorită creșterii volumului sistolic și datorită creșterii minime a frecvenței cardiace (tahicardia nu este considerată normală).
- Rezistența vasculară periferică este redusă (vasodilatație sistemică), rezultând scăderea tensiunii arteriale (TA) în primele două trimestre, în cel de-al treilea revenind la valorile anterioare gestației (TA diastolică scade mai mult decât TA sistolică).
- Absența vasodilatației și vasoconstricția sunt cauzele principale ale declanșării hipertensiunii din preeclampsie.
- Presiunea venoasă crește pe măsură ce cresc dimensiunile uterului producând un efect de masă, de aceea circa 80% dintre gravide prezintă edeme la membrele inferioare.

### Modificări hematologice

- Volumul plasmatic se mărește mai mult decât volumul eritrocitar.
- Reducerea concentrației hemoglobinei (Hb) și a hematocritului datorat diluției (este maxim la 28-30 de săptămâni)
- Termenul „anemie fiziologică în sarcină” este greșit.
- Alte modificări ale hemoleucogramei (HLG) în sarcină:
  - hiperleucocitoza (hiperneutrofilie)
  - reducerea trombocitelor cu 10-15% până la termen
  - reducerea imunității mediate celular (limfocitar) și alterarea raportului  $L_1:L_2$ .
- Cea mai frecventă cauză a anemiei în sarcină o reprezintă deficiența de fier (necesarul zilnic este de 4 mg/zi).

- Absorbția fierului crește de la 5-10% la 40% pentru a suplini cererea cu condiția unui aport adecvat.
- Multe femei nu necesită suplimentarea cu fier.
- Deficiența de foliați și vitamina B<sub>12</sub> este rară. Necesarul este crescut pentru amândouă.
- Creșterea factorilor de coagulare VII, VIII, IX, X, XII, în special a fibrinogenului și scăderea antitrombinei III conduc la o stare de hipercoagulabilitate.

### Modificări respiratorii

- Creșterea ventilării pulmonare (creșterea volumului ventilator mai mult decât a frecvenței respiratorii), cu ușoară alcaloză respiratorie (prin pierderea de CO<sub>2</sub>).
- Reducerea mobilității diafragmatice în sarcina avansată (în special în clinostatism).

### Modificări renale și ale tractului urinar

- Creșterea cu 40-50% a fluxului sanguin renal și a ratei de filtrare glomerulară la finalul primului trimestru. Concentrația de uree și creatinină scade prin creșterea excreției acestora. Sodiul seric scade într-o mică proporție.
- O creștere netă lichidiană, datorită efectului mineralo-corticoid.
- Reabsorbția glucozei în tubul proximal poate fi depășită ducând la glicozurie (poate fi fiziologică).
- Dilatarea ureterelor și a sistemului pielo-caliceal datorat progesteronului și efectului de masă a uterului.

### Modificări gastro-intestinale

- Refluxul gastro-esofagian este întâlnit la aproape toate sarcinile, prin reducerea tonusului sfincterului esofagian inferior.
- Motilitatea gastro-intestinală scăzută: flatulență și constipație frecvente.
- Modificări hepatice:
  - fosfatază alcalină placentară crescută
  - scăderea albuminei serice
  - scăderea alaninamino-transferazei (ALT).

### Modificări metabolice

- 17β-estradiolul (E<sub>2</sub>), hormonul lactogen placentar și cortizolul induc insulino-rezistența.
- Hiperinsulinemia conduce la hiperanabolism cu acumulare de grăsimi și carbohidrați.
- Persoanele predispuse (ex. obeze) pot dezvolta intoleranță la glucoză sau chiar diabet gestațional.

### Importanța clinică

- Creșterea volumului circulant la femeile gravide are rolul de a suporta mult mai bine hipovolemia, astfel piederile de circa 1.000-1.500 mL nu sunt însoțite de modificări hemodinamice semnificative, putând induce o impresie falsă de siguranță în cazul conduitei terapeutice a hemoragiilor obstetricale.

- Ca urmare a creșterii absorbției hidrice, folosirea oxitocinei în exces (hormon cu efect anti-diuretic) poate duce la o supraîncărcare lichidiană.
- Reducerea TA în primele două trimestre nu este importantă, iar creșterea acesteia în ultima parte a sarcinii este exagerată în preeclampsie datorită unei vasodilației insuficiente și apoi a unei vasoconstricții.
- Statusul procoagulant și efectul de masă produs de uterul gravid sunt factori de risc adiționali pentru boala tromboembolică pe toată durata sarcinii și lehoziei.
- Hb < 10,5 g/dL trebuie investigată și corectată antenatal, pentru a preîntâmpina efectele nedorite ale hemoragiei postpartum (HPP).
- Unele gravide pot prezenta tahipnee și aceasta trebuie diferențiată de alte cauze subiacente precum bolile cardiovasculare sau de anemia simptomatică.
- Glicozuria repetată poate fi frecvent fiziologică dar trebuie investigată pentru că poate fi un semn al diabetului gestațional.
- Reducerea fiziologică a nivelurilor serice de uree, creatinină, albumină, trombocite și ALT trebuie luate în considerare când sunt evaluate rezultatele de laborator ale gravidelor cu preeclampsie.
- În cursul sarcinii există o imunosupresie generală care predispune la sepsis (infecțiile de tract urinar (ITU) și de tract genital, infecția comunitară cu streptococ de grup A, gripa și malaria sunt cele mai importante cauze)

## Durerea/sângerarea la debutul sarcinii

Toate femeile aflate la vârstă reproductivă cu dureri pelvine și cu sângerări vaginale trebuie să facă un test de sarcină. Dacă este vorba de o gravidă în primul trimestru acesteia trebuie să i se facă un examen clinic și o ecografie transvaginală. Acestea confirmă sarcina, viabilitatea ei și, cel mai important, localizarea ei.

Cauze:

- Avortul
- Sarcina ectopică
- Sarcina cu localizare necunoscută, incipientă
- Boala gestațională trofoblastică
- Patologii de tract genital
- Inexplicabil.

### Avortul

Sângerarea în primul trimestru afectează 20-30% dintre sarcini. Până la 50% dintre sarcinile cu sângerare vor avorta. 10-15% dintre sarcinile confirmate clinic vor avorta.

Cauze

- În majoritatea cazurilor nu există o cauză demonstrabilă.
- Cauzele cunoscute includ următoarele: anomalii cromozomiale, anomalii de placentare, sarcina multiplă, malformații uterine, insuficiența corpulii galben și infecții.

### Semne și simptome

- Sângerări vaginale care pot varia de la un volum minim (spotting) până la sângerări abundente cu cheaguri.
- Dureri sau crampe abdominale, posibil cu iradiere dorsală.
- Slăbiciune, amețeli până la colaps: fenomenele vasovagale pot apărea dacă produsul de concepție se află la nivelul orificiului cervical.

### Investigații

- Examenul clinic: include examen cu speculul și tușeu vaginal. Uterul poate fi mai mic decât vârsta sarcinii. Colul uterin poate fi deschis sau închis. Se pot decela fragmente embrionare în aria colului ce trebuie îndepărtate.
- Ecografia transvaginală (ETV) este esențială pentru diagnosticul ecografic de avort: poate evidenția sacul gestațional cu sau fără embrion, fragmente embrionare reținute sau uterul gol.
- Gonadotropina corionică umană (hCG) serică este importantă dacă la ETV uterul este gol și sarcina nu a fost confirmată anterior ca intrauterină. (vezi „Alte cauze de sângerare în sarcina incipientă”, pag. 12-13)
- HLG, grup de sânge și Rh.

### Clasificare

Clasificarea clinică a avortului poate fi înșelătoare și nu este utilă. Amenințarea de avort este un diagnostic clinic care necesită urmărirea

ecografică. Clarificarea trebuie să fie bazată pe ecografie, acesta confirmă diagnosticul:

1. *Sarcină viabilă intrauterină*: embrion cu activitate cardiacă.
2. *Sarcină intrauterină incipientă*: în caz de sac gestațional < 25 mm sau embrion < 7 mm fără activitate cardiacă – reevaluare > 10 zile pentru stabilirea viabilității.<sup>1</sup>
3. *Avortul incomplet*: imagini tisulare neomogene în interiorul cavității uterine.
4. *Sarcină fără embrion sau ou clar*: sac gestațional gol cu diametrul > 25 mm.
5. *Sarcină oprită în evoluție*: embrion > 7 mm fără activitate cardiacă.
6. *Uter gol*: trebuie efectuat hCG seric seriat pentru confirmarea diagnosticului: avort complet, sarcină incipientă, sarcină extrauterină.

#### Conduita terapeutică

Depinde de starea clinică a pacientei și de simptomatologia acesteia. În cazul sarcinii extrauterine poate fi nevoie de manevre de resuscitare, dacă este o situație critică. Îndepărtarea fragmentelor embrionare din aria colului poate ajuta la scăderea durerii și a răspunsului vaginal.

#### Conduita chirurgicală

Conduita chirurgicală a avortului constă în îndepărtarea fragmentelor embrionare din interiorul cavității uterine, se poate face programat sau în urgență, dacă este nevoie, sub anestezie generală. Curetajul aspirativ al cavității uterine se poate face ambulator, cu sau fără anestezie locală.

#### Prognostic

Pacientele cu avort incomplet au cea mai mare rată de reușită, majoritatea vor avorta complet în decurs de 2 săptămâni. Pacientele cu sarcină oprită în evoluție sau cu ou clar au doar 50% șansa de a avorta complet în 2 săptămâni.

#### Conduita medicală

Tratamentul medicamentos constă în administrare de prostaglandine (Misoprostol sau Gemeprost), cu sau fără administrare anterioară de antiprogesteronic (Mifepriston). Tratamentul medicamentos este însoțit de o rată mare de succes, însă și în această situație contează tipul de avort. Cele mai mari șanse de succes sunt în cazul diagnosticului de avort incomplet.

#### Imunoglobulina anti-D

Este indicată la femeile cu Rh negativ cu sarcini mai mari de 12 săptămâni care prezintă sângerări, precum și la cele care suferă intervenții chirurgicale.

#### Suportul psihologic

Avortul poate fi stresant pentru femeie și partener, de aceea sunt importante consilierea și suportul psihologic.

#### Sarcina ectopică

- Diagnosticul trebuie luat în considerație la toate femeile cu vârstă reproductivă, care se prezintă cu durere pelvină ± sângerare vaginală și cu test de sarcină pozitiv.

- Incidența este de 11,3/1.000 sarcini în U.K.<sup>2</sup>
- Mortalitatea este de 16,9/100.000 de sarcini ectopice.<sup>2</sup>
- Peste 10.000 de sarcini ectopice sunt diagnosticate anual în U.K.
- Majoritatea sarcinilor ectopice sunt tubare dar alte tipuri întâlnite sunt: interstițiale, cornuale, cervicale, ovariene, abdominale și la nivelul cicatricii post-operație cezariană (OC).
- Sarcina heterotopică reprezintă existența simultană a unei sarcini intrauterine și a unei sarcini ectopice.
- Cu toate că apariția colapsului la o femeie de vârstă reproductivă este neobișnuit, trebuie considerat că acesta este cauzat de o sarcină ectopică, până se dovedește contrariul.

#### Factorii de risc

- Sarcini ectopice în antecedente
- Intervenții chirurgicale tubare în antecedente (ligatura de trompe)
- Istoric de boli inflamatorii pelvine, infecții cu chlamydia sau gonoreea
- Fumatul în prezent sau în antecedente
- Vârsta maternă avansată
- Istoric de infertilitate
- Reproducere umană asistată (ex. fertilizare *in vitro* (FIV), transfer embrionar intratubar (GIFT), injectarea spermatică intracitoplasmatică (ICSI))
- Dispozitive de contracepție intrauterine
- Contracepția de urgență în timpul sarcinii în curs

#### Semne și simptome

Următoarea triadă clasică de simptome poate fi prezentă:

- Amenoreea
- Durere în etajul abdominal inferior (unilaterală sau bilaterală)
- Sângerare vaginală.

Cu toate acestea, în practica modernă, multe paciente cu sarcină ectopică se prezintă cu stare clinică stabilă și cu simptomatologie non-specifică. Simptomele gastro-intestinale (GI), în principal diareea și amețea sunt frecvente. Simptomul cel mai precoce este sângerarea vaginală cu sânge maro, care începe frecvent după întârzierea menstruației. Alt simptom care poate apărea este durerea în umăr, care reflectă hemoragia peritoneală masivă, care irită diafragul.

- Palparea abdominală poate să nu fie relevantă sau mai puțin frecvent, poate confirma un abdomen acut cu sensibilitate reactivă și, în unele cazuri, apărare musculară.
- Tactul vaginal poate fi neconcludent sau, mai puțin frecvent, poate evidenția durere cervicală sau anxială. Foarte rar se poate palpa o tumoră latero-uterină cu împănare.

#### Investigații

- Testul calitativ hCG din urină este aproape întotdeauna pozitiv la sarcinile ectopice.
- Testul cantitativ hCG este util dacă testul urinar este echivoc. Este importantă cuantificarea nivelului de hCG seric, pentru a stabili conduita terapeutică și, de asemenea, are rolul de urmărire a rezoluției trofoblastului post terapie.